

国民健康保険 (食事療養費・生活療養費)標準負担額減額 認定申請書

令和 年 月 日

世帯主	住所						
	氏名		生年月日	昭・平・令	年	月	日
	個人番号						
申請者	住所						
	氏名		生年月日	昭・平・令	年	月	日
	続柄		電話番号				
限度額適用 減額対象者	☐ 世帯主と同じ ☐ 申請者と同じ						
	氏名		生年月日	昭・平・令	年	月	日
	続柄		電話番号				
	個人番号						
	記号番号		適用区分		年齢		
長期入院	該当 ・ 非該当	第三者行為	有 ・ 無		※自分以外による行為での負傷		
①	申請日の前1年間の 入院期間（日数）	令和	年	月	日から	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
②	申請日の前1年間の 入院期間（日数）	令和	年	月	日から	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
③	申請日の前1年間の 入院期間（日数）	令和	年	月	日から	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
※ マイナ保険証を利用すれば、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます また、限度額適用認定証の事前申請も不要となりますので、ぜひご利用ください。							

市 町 村 処 理 欄	交 付 日	年 月 日	発行者名	
本 人 確 認 欄	免許証・個人番号カード・各種証・パスポート 職員確認（確認者 ） その他（ ）			